№ 3. WARSZAWA, MARZEC 1936 ROK VIII.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWĘCONY LECZNICTWU

Dr. OLESIŃSKI JAN (Warszawa).

KWASY ŻÓŁCIOWE W TERAPJI*).

Około r. 1840 Strecker poraz pierwszy wydzielił kwasy żółciowe z żółci wołu, wykazując jednocześnie, że kwasy te nie znajdują się w organiźmie w stanie wolnym, lecz występują przeważnie razem z glikokolem. Późniejsze prace innych autorów nie posunęły badań naprzód. Zostały one na nowo podjęte dopiero w r. 1912 przez Wielanda, który opracował przedmiot systematycznie.

Pierwszy kwas żółciowy, przezeń dokładnie zbadany był to kwas dezoksycholowy, który wraz z kwasem cholowym stanowi najważniejszy kwas, wchodzący w skład żółci Wieland opisał wszystkie otrzymane wyniki i wyraził przypuszczenie, że wzmiankowane dwa kwasy mają ten sam skład chemiczny.

Boedeker i Wolk wykazali doświadczalnie, że kwas cholowy może być otrzymany z kwasu dezoksycholowego. Jaskrawe światło na tę sprawę rzuciły jednak dopiero badania Windaus'a, który na podstawie doświadczeń wyraził pogląd, że cholesteryna i kw. żółciowe składają się z tych samych zasadniczych elementów. Stąd dane, otrzymane w wyniku badań nad naturą cholesteryny, dałoby się łatwo wykorzystać w doświadczeniach, dotyczących struktury kwasów żółciowych.

Hammerstein otrzymał na drodze syntetycznej poraz pierwszy kwas dehydrocholowy, oznaczony przez niego, jako kwas trójketonowy. Kwestja ta była potem przedmiotem badań Mylius'a i Laszar-Cohn'a, a ostatecznie rozpatrywana przez Wieland'a, autora pierwszych prac podstawowych. Autor ten określił przedewszystkiem pozycję grup ketonowych w cząsteczce, a opisując także dalszy ich rozkład w organiźmie, przyczy-

*) Artykuł opracowany między innymi na podstawie pracy docentów L. Pinelli i G. Fanelli.

nił się w dużym stopniu do poznania składu kwasu dehydrocholowego. Dzięki wymienionym pracom, przyznano mu w r. 1928, nagrodę „Nobla“.

Farmakologja.

Niektóre substancje, którym przez pewien czas przypisywano działanie choleretyczne, okazały się substancjami, wywołującemi tylko skurcz pęcherzyka żółciowego. Są to substancje, które działając na mięśniówkę pęcherzyka żółciowego, powodują mechaniczne wydalenie żółci. Substancyj prawdziwie cholagogicznych istnieje więc znacznie mniej, niż to pierwsi autorzy podawali. Takie substancje zaś, jak siarczan magnezu, flores boldo, atofan i in. mają bardzo nieznaczny wpływ na wzmożenie wydzielania żółci. Krytyce czasu nie uległy jedynie prawdziwe substancje choleretyczne, których działanie zostało wielokrotnie wykazane doświadczalnie. Są to kwasy żółciowe, o właściwościach hemolitycznych, przez co stają się dla organizmu substancjami toksycznemi. Nie wszystkie kwasy żółciowe zwiększają jednak wydzielanie; zostało dowiedzione przez Neubauer‘a, a obecnie przez Pohl‘a, że najlepszym z nich jest kwas cholowy i niektóre jego składowe (kwas apocholowy, dezoksycholowy, dehydrodezoksycholowy i dehydrocholowy). Neubauer wykazał, że kwas dehydrocholowy zajmuje między wymienionemi kwasami miejsce szczególne, jako najmniej szkodliwy, nawet przy podaniu dożylnem.

Farmakologja kw. dehydrocholowego.

Kwas dehydrocholowy został otrzymany na drodze syntetycznej w r. 1881 przez Hammerstein‘a, w następstwie procesu oksydacyjnego kwasu cholowego. Wzór strukturalny kwasu cholowego, otrzymany po nowych pracach Wieland‘a, Borsche‘go i t. d., jest następujący:

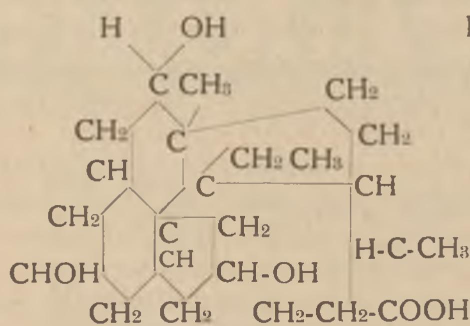


Fig. 1

Z utlenienia tego kwasu, otrzymuje się kwas dehydrocholowy ($C_{23}H_{32}O_3COOH$), mający następujący wzór strukturalny:


OPOHEMOGEN
KLAWE
ODRADZA
KREW

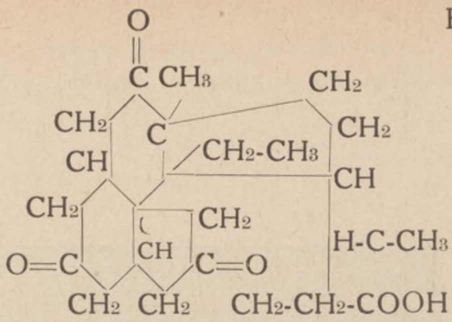


Fig. 2

Kwas dehydrocholowy, t. zw. decholina, daje się dobrze utrzymać w tabletkach i ampułkach, w postaci bezbarwnych kryształów, o punkcie topnienia 236—238°, natomiast w roztworze występuje jako sól sodowa. Jest to proszek bezpostaciowy, łatwo rozpuszczalny w wodzie, trudno w alkoholu. Roztwór wodny daje reakcję lekko alkaliczną i ma smak gorzki.

Eksperymentalnie Neubauer, Gillert i in. wypróbowali działanie choleretyczne kw. dehydrocholowego, dla porównania z innemi kwasami żółciowemi. Badania zostały wykonane na królikach, gdyż u tych zwierząt wydzielanie żółci wyróżnia się przez swoją regularność i przez to pozwala na dokładne zbadanie. Rezultaty, otrzymane przez Neubauera, można przedstawić w sposób jasny w postaci krzywej, która wyraża w % wzrost wydzielania żółci, po podaniu dwóm różnym królikom 2 cm^3 dwu-procentowego roztworu kw. cholowego i kwasu dehydrocholowego. Doświadczenia z podaniem decholiny wykazały prawdziwy wzrost wydzielania żółci, a nie rozcieńczenie żółci.

Dzięki eksperymentom, które dotyczyły badań porównawczych z innemi kwasami żółciowemi, spróbowano również określić toksyczność omawianego produktu:

1) jego działanie hemolityczne,

2) działanie na izolowane serce żaby,

3) działanie na cały organizm.

Jeśli chodzi o działanie hemolityczne (rozpuszcz. erytrocytów) potrzebny jest 0,63% kw. dehydrocholowy, podczas gdy do wywołania hemolizy, wystarczy już 0,04% kw. dezoksycholowy i 0,10% kw. cholowy

2) Działanie na izolowane serce żaby: kw. dezoksycholowy już w roztworze 1% po 1 minucie wywołał ustanie akcji serca, podczas gdy sole sodowe kwasu dehydrocholowego w roztworze 1/200 nie wywołały żadnych zmian; te same sole w roztworze 1% po 10 minutach wywołały obniżenie napięcia skurczowego, a w roztworze 2% — wystąpiło zatrzymanie akcji serca dopiero po upływie 10 minut.

Dezoksycholowy kwas ma toksyczność 25 razy wyższą, niż kwas dehydrocholowy (Straup). Doświadczenia farmakologiczne wykazały zatem niewątpliwie, że dehydrocholat sodowy jest preparatem zasługującym na wybór, gdyż łączy działanie choleretyczne, z najmniejszą toksycznością. Kwasy żółciowe, użyte w celach terapeutycznych, nie są dla organizmu obojętne. dehydrocholat sodowy zaś, jest zupełnie nieszkodliwy. nie powoduje żadnych objawów ubocznych, ani ze strony serca, ani krwi.

Wskazania.

Dehydrocholat sodu, wprowadzony do terapji najpierw wyłącznie, jako środek przeciwko chorobom dróg żółciowych i wątroby, jest dziś stosowany w szerszym zakresie. Podstawowemi pracami, dotyczącemi użycia decholiny, są pierwsze prace Adlersberga, Neubauera i Solti'ego, które omawiają jej zastosowanie w zapaleniach pęcherzyka żółc. i dróg żółciowych. W schorzeniach wątroby i dróg żółciowych, należy rozróżnić 3 rodzaje zaburzeń, które mogą występować bądź to oddzielnie, bądź w różnych kombinacjach: 1) zaburzenia mechaniczne; 2) zaburzenia w procesach przemiany materji, które objawiają się bądź w nadmiernem nagromadzeniu żółci, bądź w postaci zmniejszenia ilościowego tejże; 3) sprawy zakaźne dróg żółciowych. Stąd warunki jakim powinien czynić zadość lek w chorobach dróg żółciowych: powinien być jednocześnie: choleretcum, cholagogum i dezynfekujący. Wszystkie te własności posiada decholina. Była ona stosowana w leczeniu cholangitu i kamicy żółciowej — z powodzeniem przez Adlersberga, który specjalnie studjował wpływ, jaki ten kwas wywiera na żółć, na krew, na mocz, na ciśnienie krwi i na poziom cholesteryny we krwi. Ten sam autor wykazał, że jeżeli chodzi o uzyskanie drainage'u dróg żółciowych, można użyć bez obawy dehydrocholatu sodu. który nie wywołuje gwałtownej reakcji ze strony woreczka żółciowego. ani ze strony wspólnego przewodu żółciowego.

Zimmerman twierdzi, że we wszystkich przypadkach infekcyj żółciowych, leczenie decholiną dawało wyniki, nie otrzymywane dotychczas przy stosowaniu innych leków.

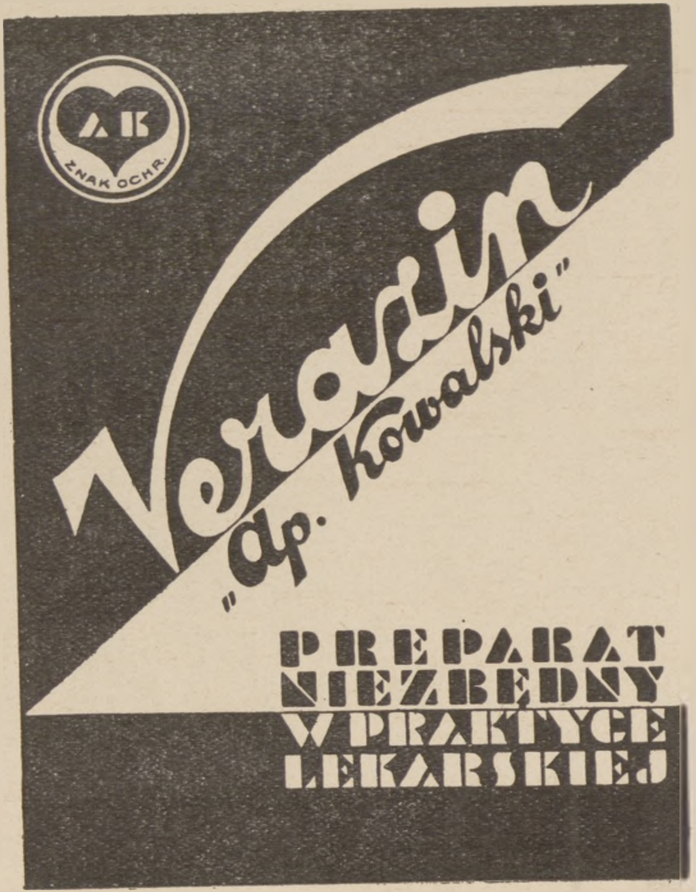
Dr. Moehle z sanatorjum berlińskiego, opisuje zmniejszenie, a w niektórych przypadkach ustąpienie dolegliwości u chorych, którzy cierpieli ustawicznie na kolkę żółciową; zalecał on do 6 tabletek i ½ ampułki dziennie. Drugą cechą decholiny, według różnych autorów. jest zwiększenie rozpuszczalności bilirubinianu wapnia i cholesteryny, przez co unika się jej strącania się. Można się w tem dopatrzyć działania profilaktycznego, dla substancyj predysponowanych do tworzenia kamieni.

Co się tyczy działania dehydrocholatu na żołądek i jelita, to istnieje kilka prac Freude'go, w których autor twierdzi, że działanie choleretycz-

ne i cholagogiczne ma wpływ na perystaltykę jelit. Nie jest to bez znaczenia, jak na pierwszy rzut oka mogłoby się zdawać; czynnik pobudzający czynności motoryczne żołądka i jelit, ma również duże znaczenie dla dróg żółciowych. Cały ten mechanizm staje się lepiej zrozumiałym, gdy się weźmie pod uwagę, że wzmożona perystaltyka jelit wywiera większy ucisk na brodawkę Vatera, ułatwiając otwarcie zwieracza Oddi'ego, a w następstwie wypływ żółci; stąd wniosek, że decholina, mając tę własność pobudzania perystaltyki, działa nietylko bezpośrednio, ale i pośrednio na wydzielanie żółci. Decholina jest jedyną substancją ,która prócz swego działania choleretycznego, ma również wpływ na mechaniczne działanie żółci (działanie cholagogiczne). Adler spostrzegł tę własność, obserwując opróżnianie woreczka żółciowego, napełnionego tetrajod-fenolflateiną, po podaniu 10 cm^3 produktu: wydzielanie po dodaniu decholiny, jest identyczne z wydzielaniem — po dodaniu hypofizyny, tylko sposób postępowania jest zupełnie inny.

Wiadomą jest rzeczą, że jedną z czynności wątroby jest czynność odtruwająca organizm. Gruczoł ten, dzięki systemowi krążenia, zbiera wszystkie substancje pochodzące z jelit i przerabia je na substancje użyteczne. Dehydrocholat sodu przemywa do głębi drogi żółciowe, pobudzając jednocześnie komórki wątrobowe do większej aktywności. Liczni autorzy, opierając się na fakcie, że decholina działa jako prawdziwy preparat odtruwający organizm, wyzyskali tę własność w wielu dziedzinach medycyny. De Crinis otrzymał ciekawe rezultaty w przypadkach ostrych intoksykacyj alkoholowych (delirium alkoholowe, paranoia alkoholowa). Także w neurologji i psychjatrji otrzymano dobre rezultaty w dementia precox, w melancholji i w autointoksykacjach. (Leichner, De Crinis, Mester. Lapinsky, Moche, Mueller). Także w ginekologji i w położnictwie produkt ten ma oryginalne i pożyteczne zastosowanie: wiadomo, że w czasie ciąży występują prawdziwe stany autointoksykacji związane z niewydolnością wątroby. Erhard, w jednej ze swych nowszych prac, podaje przypadki, w których w czasie ciąży, stwierdzono ostre zaburzenia ze strony wątroby i dróg żółciowych. Przy dożylnem podawaniu decholiny, ciąża, poród i połóg, mogą odbyć się zupełnie bezpiecznie. Autor jeszcze podkreśla, że w przypadku, gdzie z powodu komplikacyj zalecane jest sztuczne poronienie, ciąża może trwać przy użyciu tego środka. Lessing wspomina nawet o możliwości skutecznego leczenia wymiotów u ciężarnych.

W ostatnich czasach wielu klinicystów posługuje się tym środkiem odtruwającym w terapji arseno-benzolowej w syfilisie. Dotyczy to przedewszystkiem chorych z wątrobą mało odporną i stąd nietolerancyjną dla związków arsenobenzolowych. Decholina ma również korzystny wpływ na przebieg żółtaczki, występującej często przy stosowaniu arsenobenzolu. Przy zwiększaniu dawek leków przeciwkiłowych, decholina również oddaje pewne usługi (Costinescu, Savulescu, Cameo, Bolsi, Gentilli,



Wybitne analgeticum
i
antineuralgicum

Proszek do receptury

Tabletki po 0,4 g.

w rurkach po 10 i 20 szt.

Literaturę i próby wysyła P. P. LEKARZOM

DZIAŁ NAUKOWY FABRYKI CHEM. FARM.

„Ap. KOWALSKI"

Warszawa, ul. Grzybowska 43

Iacchia). Jeden z tych autorów (Iacchia) tłumaczy to silnem działaniem cholagogicznem preparatu, co powoduje wzmożenie sił obronnych komórki wątrobowej, przeciwko działaniu toksycznemu arseno-benzolu. Bardzo ważną jest również obserwacja kliniczna, że decholina przeciwdziała intoksykacji wywołanej przez częste używanie preparatów rtęciowych (Pinelli i Iacchia). Dehydrocholat sodu wreszcie, ma pożyteczne zastosowanie w djagnostyce klinicznej i w djagnostyce radjologicznej. W djagnostyce klinicznej został wykorzystany dla określenia szybkości krwioobiegu. Metoda, opisana przez Gargille'a, jest łatwa do przeprowadzenia, a daje dużo korzyści, w porównaniu do metod dotychczas używanych. Autor przytacza metodę Blumbgard'a i jego współpracowników, którzy posługiwali się emanacją radową, wprowadzoną dożylnie, metodę Sebastiani'ego, który używał histaminy, a Kahler — zastrzyków chlorku wapnia; metody te trudno stosować w praktyce klinicznej, ze względu na ich skomplikowaną technikę. Dzięki zaś decholinie, można dokonać badań na chorym pozostającym w łóżku, otrzymując cenne dane, potrzebne w djagnostyce chorób dróg oddechowych, a szczególnie w stanach choroleowych, połączonych z dusznością i obrzękami. W radjologji wykonano następujące próby cholecystograficzne: pęcherzyk po upływie 15 minut po zastrzyku dożylnym 2 gr. decholiny — zaczyna się napełniać; po 30 minutach jest już dostatecznie pełny, a po 45 minutach osiąga maksimum wypełnienia

Te obserwacje odpowiadaję dokładnie danym histologicznym Clara, który obserwował początkowe zwiększanie wypływu żółci, po 8 — 10 minutach po zastrzyku, a maksimum wypełnienia — po 45 minutach. Na zakończenie zaznaczyć należy, że Berovich wykazał, że decholina ma duży wpływ na poprawę zaburzeń gospodarki węglowodanowej, drogą podniesienia sprawności czynnościowej wątroby. Autor ten zauważył, że zarówno u chorego na cukrzycę, jak i u zdrowego, po zastrzyku decholiny, następowało pewne zmniejszenie glikemji, jednocześnie zaobserwował dodatni wpływ na glikozurję i ketonurję .Preparat ten jeszcze działa w kilka dni po zastosoawniu go.

Decholina, jako środek moczopędny.

Przed wyjaśnieniem moczopędnego działania decholiny, należy przypomnieć wszystkie najczęściej używane środki moczopędne. Wiele jest takich środków, ale wszystkie naogół, dla uzyskania pożądanego rezultatu muszą być stosowane przez dłuższy czas. Wiadomo, że duża ilość leków, które tak bardzo działają in vitro, nie dają dobrych rezultatów po doustnem podaniu, gdyż sok żołądkowy wpływa na nie ujemnie.

Preparaty rtęciowe — które są najlepszemi środkami moczopędnemi, mogą stać się trującemi, gdy zostaną wprowadzone dożylnie, szcze-

gólnie w przypadkach, w których nerki wykazują czynność upośledzoną. To też w tych stanach należy zachować dużo ostrożności, przy używaniu preparatów rtęciowych.

Naparstnica zajmuje pierwsze miejsce w terapji stanów obrzękowych pochodzenia sercowego, nie może być jednak stosowana przez dłuższy czas.

Strofantyna okazuje się znacznie mniej czynna, niż naparstnica i można ją podawać tylko drogą dożylną. Daje jednak wyniki moczopędne słabsze i mniej łatwe.

Kofeina — aczkolwiek działa szybko i skutecznie, nie może być stosowana przez dłuższy czas, z powodu pobudzającego działania na system nerwowy. Dobremi środkami moczopędnemi są teobromina i teofillina, ale dla uniknięcia mdłości i zaburzeń żołądkowych i nerkowych, przez nie wywołanych, powinny być podawane wraz z gardenalem z wapniem, salicylem i octanem sodu.

Eufillina, jest dość czynna i mniej działa pobudzająco na układ nerwowy, lecz musi być używana ostrożnie; zaleca się ją przedewszystkiem, jako środek pomocniczy przy stosowaniu naparstnicy; autorzy włoscy, na wzór niemieckich, stosowali eufillinę — lecz rezultaty były niepewne.

Mocznik, ostateczny produkt przemiany azotowej, ma specyficzne działanie moczopędne wywołując obfite wydalanie moczu, lecz nie można go stosować przez dłuższy czas, gdyż powoduje zanik apetytu, mdłości i smak amoniaku w ustach; przeciwwskazany jest przy uszkodzonych nerkach i zatrzymaniu azotu. Liczne substancje działają moczopędnie silniej przez dodanie pewnych soli, które jednak często powodują szereg komplikacyj: np. azotan potasu wywołuje zaburzenia żołądkowo-jelitowe, a winian octowo-potasowy może dać silne biegunki.

Dobre efekty diuretyczne demonstrowali Carnot i Gillert przez stosowanie preparatów wątrobowych, szczególnie w marskości wątroby; ale ta kuracja, choć działa dyskretnie, nie może być porównana z innemi klasycznemi sposobami leczenia diuretycznego. Zasługuje ona jednak na uwagę, ze względu na swoje działanie pośrednie, jako terapja zastępcza, w niektórych chorobach chronicznych.

Także preparaty tarczycy okazują się w niektórych przypadkach dobrym środkiem moczopędnym, szczególnie w połączeniu z teobrominą. Langeron, Paget i Ledieu, na podstawie swoich badań wnioskują, że wyciąg tarczycy, podany doustnie w ilości 10 — 20 centigramów dziennie, powoduje mobilizację płynów międzytkankowych, pobudzając krwiobieg. Takie wzbogacenie krwi w wodę wywołuje pośrednio zwiększenie diurezy; w ten sposób wyciąg tarczycy, jak się okazuje, jest środkiem diuretycznym międzytkankowym. Środek ten jest wskazany w stanach obrzękowych, połączonych z zagęszczeniem krwi. Dodając więc do wyciągu tarczycy środek moczopędny, jak teobrominę, która odciąga nadmiar płynu

ze krwi dzięki swemu działaniu na nerki, otrzymuje się wzmocnienie diurezy, przez połączenie dwojakiego działania: wyciąg tarczycy powoduje przejście płynów z tkanek do krwi, teobromina zaś wzmaga przejście ich do moczu. W najnowszem doniesieniu Akademji Medycznej w Turynie, Dominici i Oliva opisują, że podawanie przez dłuższy czas witaminy A (Vogan) powoduje znaczne zwiększenie diurezy, u pacjentów z marskością wątroby. W innych wypadkach chorobowych natomiast i u ludzi zdrowych, powiększenie to nie daje się zaobserwować. Autorzy ci stoją na stanowisku, że możliwy jest wpływ witamin na diurezę, przez pośrednie działanie na wątrobę.

To krótkie résumé środków moczopędnych, najczęściej używanych w terapji, ma na celu wskazanie, jakie korzyści lecznicze dają te preparaty.

W ostatnich czasach uzyskaliśmy szereg nowych i bardzo ciekawych danych, dotyczących działania kwasów żółciowych na przemianę wodną organizmu. Neubauer, w r. 1933 zastosował w praktyce wyniki doświadczeń na zwierzętach, otrzymując w każdym przypadku zatrzymania wody, zwiększenie diurezy. W ostatnich czasach ukazało się szereg publikacyj, dotyczących korzystnego działania decholiny na diurezę, zarówno przy podaniu jej doustnem, jak i dożylnem. Semler, Riterbaud, Bix, Schoen i inni potwierdzili badania Neubauera, podkreślając przedewszystkiem własności moczopędne tego środka. Leberman ogłosił na ten temat wyczerpującą i ciekawą pracę: porównał on decholinę z felaminą, stwierdzając, że z dwóch tych produktów pierwszy jest bardziej czynny. Autor ten twierdzi również, że kwasy żółciowe nie mają prawie żadnego znaczenia moczopędnego u ludzi o zdrowych nerkach i sercu. Ich wpływ diuretyczny, w przypadkach zatrzymania płynów, pochodzenia czysto nerkowego — jest minimalny i niepewny; natomiast w przypadkach zatrzymana wody w ustroju innego pochodzenia, daje się zauważyć zwiększenie ilości wydalanych płynów. W warunkach doświadczalnych kwasy żółciowe działają moczopędnie dość dobrze, szczególnie szybko w pierwszych godzinach. Preparaty są absolutnie nieszkodliwe, a użycie ich tylko w nieznacznym stopniu nieprzyjemne. Königer w r. 1930 zastosował dehydrocholat sodu w 9 przypadkach obrzęków, pochodzenia sercowego; 3 przypadkach wysiękowego zapalenia opłucnej; 3 przypadkach marskości wątroby i w innych chorobach. Reasumuje wyniki swoich doświadczeń następująco: przy obrzękach pochodzenia sercowego, nastąpiło nieznaczne zwiększenie ilości wydzielanego moczu. W wysiękowem zapaleniu opłucnej silne działanie moczopędne objawiło się w 75% przypadków. W 2 przypadkach marskości wątroby, rezultaty były doprawdy nadspodziewane. Dobre działanie moczopędne otrzymano też przy zwyrodnieniu tłuszczowem i w przypadkach guzów krezki. Autor twierdzi, że decholina działa najskuteczniej przy zaburzeniach krążenia wątrobo-

wego i jej marskości. Bix i Flechseder wprowadzili do terapji metodę nasilania właściwości moczopędnych, przez dodanie dehydrocholatu sodu do preparatów rtęciowych. Metodę tę, z jednakowym wynikiem zastosowali we Włoszech Pinelli i Iacchia.

Z tego wszystkiego , co wyżej podano, wynikałaby poniekąd „uniwersalność" preparatu. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że wątroba, to wielka fabryka chemiczna organizmu, w której laboratorjum odbywają się najważniejsze procesy życia, jest gruczołem regulującym ogólną gospodarkę organizmu; wtedy dopiero rozumie się dokładnie, że produkt, który działa wybiórczo na komórkę wątrobową, znajdzie szerokie zastosowanie w terapji.

Dr. N. SZYK (Warszawa).

O ŻÓŁTACZCE SALWARSANOWEJ.

Objawy uboczne, występujące po wstrzykiwaniach przetworów arsenobenzolowych są różnorodne. W następstwie zadziałania salwarsanu rozwinąć się może złożony zespół objawów, w którym na pierwszy plan wysuwają się zjawiska bądź ze strony skóry, bądź w zakresie wątroby, bądź wreszcie w obrębie ośrodkowego układu nerwowego.

Na szczególną uwagę zasługują tu przełomy *Miliana* (crise nitritoide). W tym wypadku występują zaczerwienienia twarzy, sinica warg, dreszcze i uczucie lęku.

W innych przypadkach salwarsan wywołać może wstrząs, podobny do wstrząsu anafilaktycznego, a objawiający się gorączką, uczuciem wybitnego osłabienia, który trwa czasem godzinę lub dłużej.

Przytoczone powikłania występują bezpośrednio po wstrzykiwaniach, lub po pewnym czasie.

Mniej szybko zjawiające się, ale niekiedy niemniej groźne są stany żółtaczkowe, występujące bądź to w krótkim czasie po leczeniu salwarsanowem, bądź też w kilka tygodni po ukończeniu leczenia. To samo dotyczy również osutek posalwarsanowych.

Według statystyk niemieckich wśród 63.324 chorych, leczonych salwarsanem spostrzegano powikłania w 376 przypadkach, przyczem 165 przypadków o przebiegu łagodnym. W 41 przypadkach wystąpiły przełomy (crise nitritoide) w 84 — osutki, w 81 — stany żółtaczkowe, w 4 — objawy mózgowe, w 1 przypadku wstrząs. Wśród wymienionych powikłań, w 3-ch przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne. Z przytoczonych danych wynika, iż żółtaczka salwarsanowa występowała w 1,5‰ chorych, leczonych salwarsanem.

Sprawa mechanizmu żółtaczki salwarsanowej dotychczas nie została należycie wyświetlona. Zgodnie z współczesnymi poglądami na patogenezę stanów żółtaczkowych należy odróżniać 3 podstawowe grupy:

1) żółtaczka mechaniczna,
2) żółtaczka miąższowa,
3) żółtaczka hemolityczna.

Dawniej zaliczano przypadki żółtaczki nieżytowej (icterus simplex s. catarrhalis), do żółtaczek mechanicznych. Obecnie zalicza się do żółtaczek mechanicznych jedynie te schorzenia, przy których można anatomicznie udowodnić istnienie przeszkody w odpływie żółci.

Według *Eppingera* w następstwie zalegania żółci wskutek przeszkody mechanicznej, włosowate przewody żółciowe ulegają nadmiernemu rozciąganiu. W dalszym przebiegu wskutek pękania włosowatych przewodów żółciowych żółć przedostaje się do naczyń chłonnych i do ogólnego krwiobiegu. W ten sposób powstaje żółtaczka mechaniczna.

O wiele bardziej złożoną jest patogeneza żółtaczki miąższowej.

Przykładem żółtaczki miąższowej jest icterus simplex. Dawniej usiłowano tłumaczyć powstanie icterus simplex przyczyną mechaniczną. Według *Virchova* icterus simplex jakoby powstaje wskutek obrzęku błony śluzowej w miejscu ujścia ductus choledochus, nadto wymienione ujście rzekomo ulega zatkaniu przez czop śluzowy. Niezgodność danych anatomo-patologicznych z powyższym poglądem spowodowała powstanie innych teoryj patogenezy, icterus simplex.

Zdaniem *Morgagniego* żółtaczki miąższowe powstają wskutek tego, iż chora wątroba nie wydala z krwi już uprzednio ukształtowanych składników żółci. Teorja ta dotychczas nie utraciła swego znaczenia, gdyż udowodniono, iż bilirubina może tworzyć się z barwika krwi poza wątrobą.

Pozawątrobowe tworzenie się bilirubiny wyjaśnia powstawanie żółtaczki hemolitycznej, natomiast przypadki żółtaczki miąższowej tylko w wyjątkowych razach mogą być w ten sposób wytłumaczone.

Doświadczenia *Stadelmana* z jadami, wywołującemi żółtaczkę, wykazały, iż pod wpływem wspomnianych jadów wątroba wydziela żółć o wzmożonej zawartości barwika. Zjawisko nadmiernego stężenia żółci zostało nazwane plejochromją. Nadmierne stężenie żółci pociąga za sobą mechaniczną przeszkodę w odpływie żółci. Późniejsze badania *Eppingera* potwierdziły znaczenie plejochromji. Autor ten opisał liczne zakrzepy żółciowe, zatykające włosowate przewody żółciowe. Jednak plejochromja nie jest pierwotnym czynnikiem patogenetycznym żółtaczki, jest ona raczej przejawem wzmożonej hemolizy.

Zupełnie odmienną jest teorja *Minkowskiego*. W normalnej wątrobie żółć wydziela się i wydala w ściśle określonym kierunku a mianowi-

cie w zakresie dróg żółciowych, wówczas gdy cukier i mocznik przedostają się z wątroby do krwiobiegu. W przypadkach patologicznych żółć krąży temi samemi drogami co cukier i mocznik.

Wreszcie według teorji *Liebermeistera* komórka wątroby w przypadkach żółtaczki miąższowej zatraca zdolność do hamowania dyfuzji żółci do naczyń chłonnych, co stanowi przyczynę żółtaczki.

Powyższe hipotezy, tłómaczące powstanie żółtaczki miąższowej nie są dostatecznie uzasadnione i posiadają jedynie znaczenie historyczne. Jedynie niewątpliwą jest ta okoliczność, iż żółtaczka miąższowa jest wywołana przez upośledzenie czynności komórki wątrobowej.

Na szczególną uwagę zasługują żółtaczki w przebiegu chorób zakaźnych. W tym wypadku ulegają uszkodzeniu komórki wątrobowe wskutek zadziałania toksyn bakteryjnych. Francuscy autorzy porównywują powyższą żółtaczkę do białkomoczu, występującego na tle schorzeń zakaźnych.

Ostatnio badania *Eppingera* nad icterus simplex i icterus gravis w dużym stopniu przyczyniły się do wyjaśnienia patogenezy żółtaczki miąższowej. Autor ten wielokrotnie podejmował badania anatomiczne w przypadkach icterus simplex. W przypadkach tych stwierdzano mniej lub więcej rozległe ogniska martwicy w miąższu wątrobowym. Wskutek ścisłej zależności komórek wątrobowych od włosowatych przewodów żółciowych procesy rozpadu dotyczą również przewodów żółciowych włosowatych. Wynikiem opisanych zmian jest komunikacja między włosowatemi przewodami żółciowemi a drogami chłonnemi. Jest to zjawisko podobne do zmian w przebiegu żółtaczki mechanicznej.

Między icterus simplex a icterus gravis istnieją liczne postacie pośrednie. Icterus gravis jest wyrazem ostrego żółtego zaniku wątroby. Niekiedy icterus simplex przechodzi w ostry zanik wątroby. Ostry, żółty zanik wątroby rozpoczyna się niekiedy od tych samych objawów, które są właściwe icterus simplex. Okoliczność ta świadczy, iż podłożem icterus simplex i icterus gravis jest ten sam proces patologiczny, lecz o różnem nasileniu. Jest to proces miąższowego zwyrodnienia, który dotyczy tkanki wątrobowej, zwłaszcza zaś komórek wątrobowych.

W przebiegu żółtaczki hemolitycznej bilirubina wytwarza się w dużej ilości poza wątrobą, zaś komórki wątrobowe nie mogą zdążyc wydzielić nadmiaru bilirubiny. W tym wypadku komórki wątrobowe nie ulegają żadnym zmianom chorobowym.

Przechodząc do omówienia żółtaczki posalwarsanowej, należy zaznaczyć, iż sprawa ta należy do grupy żółtaczek miąższowych. W większości przypadków żółtaczka miąższowa jest następstwem schorzeń zakaźnych i toksycznych, które uszkadzają miąższ wątrobowy. Najczęstszą postacią żółtaczki miąższowej jest icterus simplex.

Żółtaczki toksyczne mogą być wywołane przez zatrucie grzybami, fosforem, salwarsanem, chloroformem i t. d. Przyczyna tak częstego zajęcia wątroby w przebiegu schorzeń toksycznych zależy od tego, iż wątroba jest głównym narządem przyswajania i rozkładu. W wątrobie ulegają zatrzymaniu wszystkie jady, które nawet ominęły krążenie wrotne W wątrobie jady te ulegają różnym przeobrażeniom, procesom rozpadowym lub wydalaniu.

Najczęściej spostrzega się żółtaczkę posalwarsanową w przebiegu czerwonki pełzakowatej, leczonej salwarsanem. Zdanie więc *Milliana* o pochodzeniu kiłowem żółtaczki posalwarsanowej nie jest słuszne.

W każdym razie należy ściśle odgraniczyć żółtaczkę na tle zapalenia swoistego wątroby w okresie drugorzędnym od żołtaczki salwarsanowej, powstałej wskutek toksycznego działania arsenobenzolu na komórkę wątrobową. Żółtaczka salwarsanowa występuje bez poprzedzającego okresu zwiastunów. Ze względu na przebieg, sprawa ta przypomina icterus simplex. Obok żółtego zabarwienia skóry stwierdza się całkowite lub częściowe odbarwienie stolców, bilirubinurja oraz powiększenie wątroby. Również śledziona często ulega powiększeniu. Czynności wątroby ulegają upośledzeniu, przyczem całkowite odzyskanie prawidłowej sprawności następuje dopiero po kilku tygodniach lub miesiącach po ustąpieniu żółtaczki. Żółtaczka utrzymuje się przez 2 — 4 tygodnie, zaś później stopniowo ustępuje. Niekiedy żółtaczka przybiera postać icterus gravis i chorzy giną wśród krwotoków cholemicznych.

W pewnych warunkach kiła również może wywołać stany żółtaczkowe. Nie ulega jednak wątpliwości, iż w większości przypadków przyczyną żółtaczek w przebiegu kiły jest salwarsan. O możliwości wywołania żółtaczki przez salwarsan świadczą przypadki żółtaczki u osobników niekiłowych, leczonych salwarsanem. W tym wypadku salwarsan powoduje toksyczne uszkodzenie wątroby.

W niektórych przypadkach poszczególne serje przetworów salwarsanowych odznaczają się wzmożoną toksycznością wskutek wadliwego sposobu przyrządzania. Powyższa okoliczność tłumaczy, dlaczego niekiedy przypadki żółtaczki posalwarsanowej występują w zwiększonej liczbie.

Należy uwzględnić również tolerancję względem salwarsanu. W okresie powojennym wskutek niepomyślnych warunków życia i ogólnego wycieńczenia wzrosła w Niemczech liczba przypadków żółtaczki posalwarsanowej.

Jest rzeczą znaną, iż kiła może wywołać schorzenie wątroby i żółtaczkę. Nadto icterus simplex wystąpić może jako przypadkowe powikłanie podczas leczenia przeciwkiłowego zupełnie niezależnie od kiły i salwarsanu. Niestety, w chwili obecnej badania kliniczne, badania moczu i różne metody badania czynnościowego wątroby, nie są w stanie dokład-

nie ustalić przyczyny stanów żółtaczkowych. Jedynie uwzględnienie okoliczności towarzyszących może do pewnego stopnia prawdopodobieństwa przyczynić się do wyjaśnienia rozpoznania.

Stwierdzenie w wywiadzie zaburzeń żołądkowo-jelitowych przemawia w tych razach na korzyść żółtaczki nieżytowej. Brak objawów ze strony przewodu pokarmowego i jednoczesne utrzymywanie się innych objawów kiły, jak to bywa zazwyczaj w przebiegu okresu drugorzędowego, świadczy o etjologji kiłowej żółtaczki. Żółtaczka, występująca podczas leczenia salwarsanem nasuwa podejrzenie w kierunku toksycznego uszkodzenia wątroby. W tym ostatnim wypadku brak zaburzeń żołądkowo-jelitowych.

Żółtaczka posalwarsanowa występuje na początku lub w przebiegu leczenia salwarsanem (żółtaczka wczesna), bądź też dopiero po tygodniach i miesiącach po skończonem leczeniu (żółtaczka późna). Żółtaczka późna odznacza się szczególnie poważnem rokowaniem. Jednak w większości przypadków wymienione obie postacie żółtaczki odznaczają się przebiegiem dobrotliwym i ustępują w ciągu kilku tygodni, nie pozostawiając trwałych uszkodzeń. W wyjątkowych razach żółtaczka posalwarsanowa stanowi początek o s t r e g o ż ó ł t e g o z a n i k u w ą t r o b y, który jest groźnem powikłaniem, niemal zawsze prowadzącem do zejścia śmiertelnego.

Co do pochodzenia ostrego żółtego zaniku wątroby większość autorów skłania się do etjologji kiłowej. W tym wypadku raczej kiła, nie zaś salwarsan powoduje uszkodzenie wątroby. Dawniej przypisywano w tej mierze duże znaczenie chorobom zakaźnym, natomiast obecnie choroby zakaźne są w tych czasach mniej brane w rachubę.

W każdym razie występowanie żółtaczki w przebiegu leczenia salwarsanem wymaga dużej ostrożności. Jeżeli można wyłączyć etjologję kiłową żółtaczki, wówczas najlepiej leczenie salwarsanem przerwać.

Szczególnie wymagają ostrożności przypadki ciąży, które stanowią dość pokaźny odsetek stanów żółtaczkowych posalwarsanowych.

Celem uniknięcia opisanych powikłań wskazane jest zwłaszcza w przypadkach ciąży uprzednie przeprowadzenie badań czynnościowych wątroby, zanim podejmuje się leczenie salwarsanem. Wchodzą tu w rachubę badanie moczu na urobilinogen, badania w kierunku galaktozurji lewulozurji. Dodatnie wyniki wymienionych badań wymagają szczególnej ostrożności w leczeniu przeciwkiłowem.

Naogół patogeneza powikłań ubocznych w leczeniu salwarsanem jest bardzo złożona i różnorodna. Prócz niestosownego dawkowania, zbyt krótkich przerw między poszczególnemi wstrzykiwaniami, zanieczyszczeniami przetworu, jego nadmierną toksycznością istnieją nadto inne przyczyny.

Według *Hoffmanna* salwarsanowe schorzenia skórne są następstwem czynnościowego uszkodzenia wątroby. Zdaniem innych autorów uboczne działanie salwarsanu zależy od idjosynkrazji.

L e c z e n i e żółtaczki posalwarsanowej należy oprzeć na tych samych zasadach, co leczenie żółtaczek miąższowych.

Oczywiście konieczne jest przedewszystkiem przerwanie dalszego stosowania salwarsanu.

Duże znaczenie posiada leczenie djetetyczne. Badania *Davisa* i *Nhipplea* wykazały, iż zdolność regeneracyjna komórki wątrobowej waha się w zależności od rodzaju schorzenia. Już oddawna wiadomo, iż większa część czynności wątrobowych przebiega równoległe z wytwarzaniem się glikogenu. Stwierdzono, iż przy pożywieniu węglowodanowem regeneracja komórek wątrobowych następuje o wiele szybciej i łatwiej. Z tego względu u chorych żółtaczkowych korzystnie działa podawanie pokarmów przeważnie węglowodanowych. Należy ograniczyć spożywanie tłuszczów i mięsa, wskazane są posiłki częste a małe, aby stale utrzymywać odruch z dwunastnicy, sprzyjający wydzielaniu się żółci. W przebiegu ciężkich żółtaczek pomyślnie działają kroplówki z glukozy (1 litr wody i 45 gr. glukozy). Niekiedy stosuje się również insulinę na tej podstawie, iż insulina sprzyja gromadzeniu się glikogenu w wątrobie. Nie ulega wątpliwości iż w przebiegu żółtaczki korzystnie działa obfite podawanie ciepłej wody mineralnej. Woda mineralna wzmaga wydzielanie żółci oraz rozrzedza żółć.

Wskazane są szczególnie te wody mineralne, które zawierają siarczany. Siarczany wzmagają wydzielanie żółci (choleresis) oraz sprzyjają wydalaniu żółci (cholekinesis). Z powyższych względów pomyślnie działa woda Karlsbadzka.

Tiosiarczan sodowy (natrium subsulfurosum), który stosuje się w wysypkach posalwarsanowych również korzystnie działa w przebiegu żółtaczek posalwarsanowych. Środek ten można wstrzykiwać dożylnie codziennie w ilości 0,3 do 1,8 w 10cm^3 wody.

STRESZCZENIE.

Żółtaczka posalwarsanowa należy do żółtaczek miąższowych. Według *Eppingera*, w przebiegu żółtaczek miąższowych żółć dostaje się do krwiobiegu wskutek pękania włosowatych przewodów żółciowych na tle powstawania ognisk martwicy w miąższu wątrobowem. O roli salwarsanu w powstawaniu żółtaczki świadczą przypadki żółtaczki w schorzeniach niekiłowych leczonych salwarsanem. Salwarsan stanowi czynnik toksyczny uszkadzający komórkę wątrobową. Celem uniknięcia żółtaczki

posalwarsanowej konieczne jest badanie czynnościowe wątroby. Leczenie żółtaczki posalwarsanowej opiera się na djecie węglowodanowej, stosowaniu kroplówek z glukozy, wstrzykiwaniach insuliny, podawaniu wód mineralnych i wstrzykiwaniach dożylnych tiosiarczanu sodowego .

STRESZCZENIA Z CZASOPISM OBCYCH.

G. ROTTHAUWE. *O leczeniu wrzodów żołądkowo-dwunastniczych i nadkwaśności zapomocą śluzu żołądkowego.* (Deutsche Med. Woch. 1935 r.).

Autor, opierając się na badaniach Leriche o zmianach patologicznych śluzu żołądkowego w chorobie wrzodowej zastosował preparat oczyszczony mucyny, otrzymany ze śluzu żołądka po dializie. Jako bardzo ważną własność podkreśla on dużą zdolność mucyny moderowania PH. Co się tyczy dawkowania nie przekraczał on nigdy 7 łyżeczek dziennie. Autor obserwował zniknięcie dolegliwości z jednoczesną możnością rozszerzenia djety.

Przy nadkwaśności czynnościowej ustępowały szybko bóle, odbijania i palenie.

We wrzodach żołądka i dwunastnicy prócz subjektywnej poprawy, występował duży przyrost na wadze. Rentgenologicznie można było wielokrotnie stwierdzić zniknięcie niszy wrzodowej.

Dr. M. Landesman.

———:o:———

E. DONCELOT. *Przyczyny niewydolności krążenia.* (Le Monde Médical Nr. 878/36 r.).

Niewydolność krążenia jest ściśle związana ze stanem mięśnia sercowego.

Przyczyny wywołujące niewydolność krążenia, autor dzieli na: 1) czynniki sercowe, 2) czynniki naczyniowe, 3) czynniki trzewne i somatyczne, 4) czynniki nerwowo-humoralne i wreszcie 5) czynniki przypadkowe.

Czynniki sercowe uszkadzają bądź sam mięsień, bądź wsierdzie lub osierdzie. Najczęstszemi przyczynami ostrego uszkodzenia mięśnia sercowego jest ostry gościec stawowy, błonica, czerwonka i tyfus plamisty.

Trudniej jest znaleźć czynniki, wywołujące przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, gdyż powoli postępujące zwyrodnienie mięśnia sercowego, zwłóknienie i stłuszczenie mają niewiele wspólnego z zespołem

klinicznym, zwanym przewlekłem zapaleniem mięśnia sercowego. Uszkodzenia swoiste, gruźlica i kiła odgrywają b. skromną rolę w powstawaniu uszkodzeń mięśnia sercowego.

Przewlekłe zapalenie wsierdzia, doprowadzające do powstania wady sercowej, powoduje również zbytnie obciążenie mięśnia sercowego i w następstwie niewydolność krążenia.

Rozległe wysięki osierdzia przyczyniają się do powstania niewydolności krążenia, nietyle z powodu mechanicznego utrudnienia krążenia, ile z powodu przejścia sprawy zapalnej na mięsień sercowy.

Odwrotnie, w przypadku zarostowego zapalenia osierdzia główną rolę odgrywają czynniki mechaniczne.

2) Wśród czynników naczyniowych główną rolę w powstawaniu niewydolności krążenia odgrywa nadciśnienie tętnicze, również miażdżyca naczyń gra niepoślednią rolę, upośledzając elastyczność naczyń i zwężając ich przekrój.

Mniejsze znaczenie mają zmiany w tętnicy płucnej oraz tętniak tętniczo-żylny.

Podciśnienie tętnicze naogół nie przyjmuje udziału w powstawaniu niewydolności krążenia. Dumas opisał jednak przypadek podciśnienia tętniczego, które doprowadziło w następstwie do niedomogi prawej komory, a później całego serca.

3) Z pośród czynników narządowych i somatycznych ostre schorzenia płucne, zwłaszcza pochodzenia grypowego, łatwo mogą spowodować niedomogę mięśnia sercowego.

Również astma, wysięki opłucnowe, zwłaszcza będące w związku z zakrzepami tętnicy płucnej, wpływają w wysokim setopniu ujemnie na stan mięśnia sercowego.

Guzy w śródpiersiu, uciskając na tętnicę płucną, wywołują niedomogę lewej komory.

Schorzenia nerek, prowadzące do nadciśnienia tętniczego, doprowadzają do niewydolności początkowo lewej komory, później całego serca. Ciąża i poród bywają przyczyną ostrej rozstrzeni serca.

Marskość wątroby wpływa ujemnie na mięsień sercowy zarówno skutkiem wytworzenia przeszkód mechanicznych jak i skutkiem czynników toksyczno-zakaźnych.

4) Czynniki nerwowo-humoralne mają również niepośledni wpływ na stan serca.

5) Z pośród czynników przypadkowych wysiłki fizyczne, trawienne i nadużycia płciowe, raptowna zmiana temperatury bywają często przyczyną ostrej niewydolności krążenia.

Dr Irena Grodzieńska.

—:o:—

WALTER A. BASTEDO. *Wartość atropiny i belladonny w leczeniu zaburzeń żołądkowych.* (The Journ. of the Amer. Médical Association, styczeń 1936).

Atropina i belladonna są to środki bardzo często stosoawne przy zaburzeniach wydzielniczych i stanach spastycznych żołądka. Zostały one wprowadzone do lecznictwa około 30 lat temu, potem jak fizjolodzy rosyjscy wykazali, że środki te zmniejszają wydzielanie żołądka i działają antyspastycznie na przewód pokarmowy zwierząt. Tymczasem badania doświadczalne na ludziach wykazują, że środki te w dawkach zazwyczaj stosowanych nie wywierają tego działania, jakie się im przypisuje. Autor jeszcze 16 lat temu zakwestjonował działanie atropiny i belladonny, obecnie po ponownem sprawdzeniu otrzymanych wyników dochodzi do wniosku, że tylko parenteralnie wprowadzone w dużych dawkach środki te wywołują pożądany efekt. Środków tych jednak nie można podawać w dużych dawkach ze względu na ich działanie uboczne i dlatego też zwykłe stosowanie atropiny i belladonny jest praktycznie bez znaczenia, jeśli chodzi o ich wpływ na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

J. BAUER. *Nowe badania nad nadczynnością tarczycy.* (La Presse Médicale Nr. 11/36 r.).

Autor rozróżnia w nadczynności tarczycy przypadki ciężkie, średnio-ciężkie i lekkie. O ciężkości przypadku decyduje ogólny stan kliniczny, a nie podniesienie przemiany podstawowej, lub jakikolwiek inny poszczególny objaw.

1) Przypadki ciężkie, niepoddające się leczeniu przez 2 — 3 miesiące, winny być poddane zabiegowi operacyjnemu. Po odpowiedniem przygotowaniu pacjenta wycina się dużą część tarczycy, co według doświadczenia autora daje w większości przypadków świetne rezultaty. Jest to jedyna operacja, której wynik tak bardzo zależy od współpracy chirurga i internisty. Przygotowuje się pacjenta, podając mu jod przed i kilka dni po operacji.

Autor radzi chronić pacjenta przed wszelkiemi wzruszeniami, dlatego poleca nie dokonywać nigdy zabiegu w znieczuleniu miejscowem.

Pacjent nie powinien nawet znać doby operacji, dlatego usypia się go bez jego wiedzy, wstrzykując mu dożylnie evipan.

2) Przypadki średniej ciężkości, niepoddające się leczeniu wewnętrznemu ani rentgenologicznemu przez 6 miesięcy winny być również skierowane na operację.

3) W przypadkach lekkich otrzymuje się najlepsze rezultaty, stosu-

jąc małe dawki promieni rentgenowskich. Naświetlenie te należy łączyć z leczeniem farmaceutycznem, djetetycznem i klimatycznem. Autor duże znaczenie przypisuje podawaniu gynergenu w dawce 3 — 6 mgr. doustnie.

Co się tyczy stosowania jodu, autor nie wierzy w jego własności lecznicze, stosuje go tylko, przygotowując chorego do operacji.

Uważa, iż jod rozmaicie wpływa na czynność tarczycy, zależnie od tego, czy jest ona w stanie nadczynności, czynności normalnej, czy też niedoczynności. Jod powoduje nagromadzenie kolloidu w tarczycy, będącej w stanie nadczynności, uruchamia go zaś w niedoczynności tarczycy. Skutkiem tego zdolny jest poprawić stan chorego, nie zdolny zaś jest go wyleczyć.

Operację należy dokonać w okresie uzyskanej poprawy, gdy tarczyca zatrzymuje hormon i nagromadza go pod postacią kolloidu.

Wynik działania jodu jest tem pomyślniejszy, im tarczyca zawiera mniejsze ilości kolloidu.

Autor rozróżnia nadczynność tarczycy pierwotną i wtórną. Nadczynność pierwotna rozwija się w gruczole normalnym, wtórna w gruczolaku.

W pierwszym wypadku mamy do czynienia z małą ilością kolloidu i dlatego leczenie jodem daje tu poprawę. Gruczolak zawiera przeciwnie duże ilości kolloidu i wobec tego autor radzi nie stosować w danym wypadku jodu przed operacją.

Co się tyczy leczenia nadczynności tarczycy krwią lub mlekiem zwierząt, pozbawionych tarczycy, autor nie otrzymał nigdy pewnych rezultatów przy pomocy tych preparatów.

Badał również działanie di-jodotyrozyny i stwierdził, iż działa ona analogicznie jak tyroksyna.

Di-jodotyrozyna wpływa na nadczynność tarczycy podobnie jak jod nieorganiczny, i przystosowaniu jej należy zachować podobną ostrożność.

Autor bada nadczynność tarczycy również z punktu widzenia jej patogenezy. A więc tarczyca działa w zależności od innych gruczołów

o wydzielaniu wewnętrznem, szczególnie w zależności od przysadki mózgowej, której płat przedni pobudza jej czynność. Jajniki zaś działają hamująco na tarczycę.

Pozatem czynność tarczycy jest regulowana przez system nerwowy wegetatywny.

Znane są wypadki, gdy nadczynność tarczycy rozwinęła się po silnem wzruszeniu czy wstrząsie psychicznym.

U osób predysponowanych do nadczynności tarczycy bądź skutkiem ich konstytucji, bądź skutkiem przebycia ostrych chorób zakaźnych czy też wielkich wstrząsów psychicznych, b. często stwierdza się właśnie rozwój tej nadczynności w okresie przekwitania. Jest to t. zw. nadczynność tarczycy klimakteryczna. Autor tłumaczy to fizjologiczną nadczynnością przysadki w tym okresie, przysadka bowiem wydziela hormon tyreotropowy, pobudzający czynność tarczycy.

Zmniejszenie ilości tego hormonu można osiągnąć wstrzykiwaniem hormonu jajnikowego — follikuliny. W ostatnich czasach niektórzy autorzy wypowiadają myśl, iż jod w nadczynności tarczycy działa za pośrednictwem przysadki. Autor jednak uważa ten pogląd jeszcze za nieugruntowany.

Dr. Irena Grodzieńska.

———:o:———

M. SPITZER. *Łojotok, wyłysienie łojotokowe i ich leczenie.* (Gazette Médicale de France, Grudzień 1935 r.).

Wiadomo powszechnie jakiem utrapieniem zarówno dla chorych, jak i dla lekarzy jest wyłysienie łojotokowe. Etjologja i patologja tej postaci wyłysienia jest dotychczas nieznana, niektórzy mówią o samodzielnej jednostce chorobowej skóry owłosionej, wywołanej przez nieznany drobnoustrój (Saboraud) inni uważają wyłysienie łojotokowe za przejaw zaburzenia w czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem.

Łojotok u mężczyzn wywołuje, wcześnie lub później wyłysienie, u kobiet natomiast wyłysienie łojotokowe należy do rzadkości. Dotychczas stosowane środki jak siarka, rtęć, olejek jałowcowy, ichtyol okazały się mało skuteczne. Ostatnio otrzymano dobre wyniki, stosując w początkowych okresach przez czas dłuższy wyciąg przedniego płata przysadki mózgowej w dużych dawkach. Najbardziej zadawalniające wyniki daje jontoforeza, która pozwala na wprowadzenie środka leczniczego wprost do brodawki włosa. Metoda ta może być zastosowana u osobników, u których brodawki nie są całkowicie zniszczone i może nastąpić regeneracja. Środki stosowane przy jontoforezie muszą być elektrolitami, czyli ulegać dyssocjacji pod wpływem prądu elektrycznego.

Metoda ta wymaga dużej cierpliwości ze strony chorego i lekarza. Leczenie trwa stosunkowo długo (30—40 posiedzeń).

Na 130 przypadków leczonych tą metodą w 128 przyp. otrzymano zadawalniające wyniki.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

Dr. BOLESŁAW HANASZ. *Wskazania i przeciwwskazania przy kąpielowem przepłókiwaniu jelit zapomocą enterocleanera (Sudabad)".* (Nowiny Lekarskie Nr. 20, 1935 r.).

Autor zaleca przepłókiwanie jelit zapomocą kąpielowego enterocleanera, wynalezionego przez Broscha, a ulepszego przez Olpp'a (Sudabad). Powyższa terapja ma duże zastosowanie w całym szeregu chorób okrężnicy, przedewszystkiem w zaparciu nawykowem. Przy spastycznej formie tego zaparcia autor prawie w 500 przypadkach stosował przed zabiegiem środki spazmolityczne i stwierdza, że w praktyce tabletki, czopki i zastrzyki Novatropin-Chinoin lub Perparin-Chinoin, a zwłaszcza kombinacja obydwóch, okazały się bardzo skutecznemi środkami spazmolitycznemi. W porównaniu z belladonną, atropiną i papaweryną Novotropina i Perparina wyróżniają się znacznie mniejszą toksycznością i silniejszem działaniem przeciwskurczowem.

Enterocleanerem osiąga się odtrucie organizmu, usunięcie allergji pochodzenia pokarmowego i ogniskowej infekcji jelitowej.

Enterocleaner działa także na narządy sąsiednie, wobec czego autor zaleca tę terapję, po uprzedniem zastosowaniu Novatropiny i Perparimy „Chinoin", celem usunięcia podrażnieniowych skurczów i doprowadzenie uwięzionych w moczowodach kamieni nerkowych.

Działanie enteocleanera rozciąga się także na wątrobę i drogi żółciowe, nadaje on się do leczenia odpowiednich chorób skórnych, ocznych i kobiecych oraz jako zabieg przygotowawczy do rentgenografji.

———:o:———

Dr. E. SEHRT. *Dzisiejsze zasady postępowania w leczeniu utonięć.* (Münch. Mediz. Wochenschrift. Rocznik 82, Nr. 39 1935 r.).

W artykule tym autor daje odpowiedź Thiel'owi, który w Münch. mediz. Wochenschrift polemizuje z Sehrtem w sprawie znaczenia Coraminy w ratowaniu pozornie zmarłych. Thiel twierdzi, że analeptica wtedy tylko mogą być skuteczne, gdy zachowane jest krążenie. Przy ustaniu oddechu i krążenia jedynie skuteczny jest sztuczny oddech z masażem serca lub dosercowe wstrzyknięcie adrenaliny. Thiel opiera swe twierdzenie na licznych doświadczeniach na zwierzętach.

Sehrt w odpowiedzi zaznacza, opierając się na statystyce 1575 przypadków oraz 20 osobiście przez siebie obserwowanych, że w pozornie zmarłych z brakiem tętna i oddechu Coramina błyskawicznie pobudza oddech i krążenie. Jednocześnie cytuje prace Killiana i wielu innych autorów, którzy, opisując ciężkie przypadki zatruć, zapaści oraz ciężkich uszkodzeń oddechu i krążenia, z jaknajlepszym rezultatem stosowali Coraminę. Nie pomija milczeniem także przypadków zatonięć, opisywanych w literaturze lub komunikowanych mu, oraz pracy Home'a o stosowaniu Coraminy w zamartwicy noworodków, gdzie inne środki nie dały większego efektu.

Następnie Sehrt poddaje w wątpliwość wartość doświadczeń na zwierzętach w zakresie fizjologji krążenia, zwłaszcza, jeśli chodzi o układ naczyniowy obwodowy z obwodowemi ośrodkami naczyniowemi, tak różny u człowieka i u zwierząt. Porównywanie pozornie zmarłych wskutek utonięcia ze zwierzętami zatruwanemi CO_2, jak to czyni Thiel, nie wytrzymuje, zdaniem Sehrta, krytyki, gdyż w utonięciu występuje anoxaemia i przeładowanie krwi CO_2, u zwierząt doświadczalnych zaś czyste zatrucie. Za najważniejszy Sehrt uważa następujący wniosek: Coramina, w przeciwieństwie do innych środków, może uratować tych pozornie zmarłych, których centralny i obwodowy układ naczyniowy jeszcze reaguje. Obwodowym punktem działania Coraminy jest w pierwszym rzędzie śródbłonek żył, na co przytacza szereg dowodów:

Gwałtowne rozciąganie zwieracza odbytu, jako jeden ze sposobów ratowania topielców, wskazuje na istnienie ośrodka pobudliwości w obrębie splotu żylnego hemoroidalnego. Tu należy podać znane doświadczenie Hessa: tylny odcinek ciała żaby, połączony z przednią częścią tylko za pomocą nerwów, przemywa się naprzemian roztworami soli o PH_1 — 7,4 oraz PH_2 — 6,4 przy zamianie na roztwór kwaśniejszy następuje wyraźne ożywienie czynności serca. Szczególnie pouczające są doświadczenia Mautnera i Picka z izolowaną wątrobą mięsożernych: adrenalina wywoływała nietylko skurcz naczyń, ale także zmniejszenie objętości całego narządu. Wszelkie wątpliwości co do istnienia ośrodka pobudliwości w żyłach usuwa Atzler, pisząc: „Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że

oprócz ośrodków naczynioruchowych położonych w układzie nerwowym ośrodkowym, istnieją mechanizmy obwodowe zdolne utrzymać stan napięcia naczyniowego". Tylko działaniem na te środki obwodowe autor tłumaczy błyskawiczny wpływ Coraminy na pozornie zmarłych. — Co dotyczy zawartości tlenu we krwi, istnieje metoda określania jej zapomocą błękitu indofenolowego. Przez systematyczne wstrzykiwanie Coraminy można obniżyć poziom błękitu indofenolowego we krwi żylnej nawet do połowy. Spadek ten wskazuje na wzmożone zużycie tlenu kosztem molekularnego tlenu hemoglobiny.

Na zakończenie Sehrt zaznacza, że proponowane przez Thiela dosercowe injekcje adrenaliny uważa za broń obosieczną, niepozbawioną niebezpieczeństwa.

Dr. med. *W. Kurowski*.

———:o:———

Dr. F. MOERCHEN, lekarz chorób nerwowych w Wiesbadenie. *Publiczne omówienie kwestji leków nasennych.* (Med. Welt Nr. 43, 1935).

Znaczenie środków nasennych nie ogranicza się już obecnie do kół lekarskich i samych pacjentów, lecz stało się już, drogą rozważań w prasie codziennej, kwestją, interesującą szerszy ogół. Przeciążenie napięcia duchowego i nerwowego nader wielkich mas ludności doprowadziło do tego, że zaburzenia snu są obecnie objawem masowym. Fakt ten upoważnia autora do wystąpienia przeciwko błędnym poglądom i przesadnym obawom. Na czele jego rozważań stoją dwie następujące sprawy:

1) Niebezpieczeństwo jednorazowego przedawkowania.

2) Niebezpieczeństwo długotrwałego stosowania.

Lekarski sposób rozpatrywania niebezpieczeństw, wynikających z nadużywania środków uspokajających i nasennych, jest pożyteczny i cenny, traci wszelako na wartości, gdy jest nastawiony zbyt jednostronnie i nie uwzględnia znaczenia tych leków dla zdrowia ogółu. Należy przytem mieć zawsze na uwadze, że polegająca na uprzedzeniach obawa

przed szkodliwością wszelkich „sztucznych“ środków trwale upośledza dobroczynne działanie leków. Konieczność leczenia środkami nasennemi wielu ludzi, dla podtrzymania ich sprawności, nie może podlegać zaprzeczeniu; zdrowi ci jeszcze ludzie muszą być zabezpieczeni od upadku ich organizmu.

Doświadczenie uczy, że przy rozważnym wyborze środka nasennego nie istnieje żadne niebezpieczeństwo dla ludzi zdrowych, pod względem fizycznym i duchowym. Jako szczególnie przekonywujący przykład obrał autor Bromural*).

Uwaga do punktu 1) Usiłowanie samobójstwa zapomocą 80 tabletek, zażytych odrazu, minęło bezskutecznie bez pozostawienia żadnej trwałej szkody. Na podstawie doświadczeń na zwierzętach dawka śmiertelna dla dorosłego człowieka powinna wynosić 250 tabletek. Zatrucie śmiertelne Bromuralem nie może przeto w praktyce wcale wchodzić w rachubę. W doświadczeniu na sobie samym przekonał się autor o zupełnej nieszkodliwości dawki 8 — 10 tabletek i jest on za podwyższeniem dawki maksymalnej do 2 g. na dawkę i do 4 g. dziennie.

Uwaga do punktu 2). Gdyby można było dobitnie dowieść, że długotrwałe nadużywanie leków nasennych stanowi istotne niebezpieczeństwo dla szerokich mas ogółu, stanowiłoby to dostateczny powód do obostrzenia przepisów, dozwalających ich przepisywanie. Takiego dowodu jednak, wedle przekonania autora, nikomu dotąd nie udało się dostarczyć. Ze znanego dzieła „Nadużywanie środków nasennych“ Pohlisch'a i Pansego wynika, że pomimo znacznego i stale wzrastającego rozpowszechnienia leków nasennych nadużywanie ich gra liczbowo bardzo nieznaczną rolę. Prócz tego ulegają mu tylko społecznie mniej lub więcej bezwartościowi psychopaci, którzy zwykle już byli w inny sposób nałogowi. Całkiem niezrozumiały jest artykuł jakiegoś pisma szwedzkiego, poczuwającego się do obowiązku ostrzegania przed nadużywaniem leków nasennych jako „niebezpieczeństwem ludowem“ jedynie z tego względu, że niektórzy ciężcy psychopaci, głównie alkoholicy, pozatem nałogowo nadużywali Bromuralu.

Z całą stanowczością zwraca się autor przeciwko zarzutowi nadużywania leków nasennych u takich osób, które wskutek niekorzystnych warunków życia obecnego zmuszone są do regularnego używania leków nasennych.

Osoby upośledzone lub słabowite nie mogą żadną miarą służyć za podstawę oceny lekarskiej; ale jeszcze mniej słusznem byłoby zbyt mało zwracać uwagi na biologiczną wartość i przeciętne własności człowieka. Z tego powodu przepisy prawne, dotyczące używania leków i środków

*) Nazwa zastrzeżona.

spozywczych powinny rzeczowo uwzględniać, ile te leki przy ich właściwem stosowaniu mogą przynieść korzyści zdrowym lub chorym, nie zaś, ile one mogą, w razie ich nadużywania, przynieść szkody drobnej mniejszości społecznie bezwartościowych ludzi.

———:o:———

Dr. Med. ALFRED LAUBE. (Asystent Oddziału Wewnętrznego. Z Oddziału Leczniczego i Położniczego Szpitala Miejskiego w Offenburgu). *Leczenie rzucawki porodowej zapomocą Dorylu.* (Münchener medizinische Wochenschrift 1935, Nr. 42, str. 1687).

Autor opisuje obszernie przypadek bardzo ciężkiej rzucawki porodowej, oraz bardzo ciężki przypadek skłonności do drgawek. W obydwu przypadkach występowało bardzo silne podwyższenie ciśnienia i prawie całkowity bezmocz, częściowo z objawami ciężkiej psychozy. Po wstrzyknięciu Dorylu Mercka nastąpiło szybko oddanie moczu, a ciśnienie krwi spadło do poziomu normalnego. Białkomocz stale zmniejszał się, a objawy psychozy, dolegliwości subjektywne, jak bóle głowy, migotanie przed oczyma, zanikały w widoczny sposób.

———:o:———

UMBER. *O rokowaniu i leczeniu dużych krwotoków wrzodowych.* (Deutsche Med. Woch. Nr. 32 1935 r.).

Z ostatnich 16 lat autor podaje 1852 klinicznie rozpoznanych przypadków, z czego 433 przypadków o ciężkich krwawieniach. Zmarło 41 przypadków t. j. 9,5%; w 21 stwierdzono sekcyjnie otwarte wzgl. nadżarte naczynia.

Przy dużych krwawieniach na pierwszym planie należy postawić zatamowanie, a na dalszy rozpoznanie przypadku lub miejsca krwawienia. Dla określenia stopnia niebezpieczeństwa ważnem jest nietyle jednorazowa utrata krwi, ile skłonność do dłuższego trwania i do częstych nawrotów.

Przedewszystkiem należy trzymać chorego w stanie absolutnego spokoju w łóżku ewentualnie z pomocą gardenalu, pantoponu i t. p. kilkakrotnie dziennie wstrzykuje się hypertoniczny 10% roztwór soli kuchennej z dodatkiem 0,02% $CaCl_2$ lub 10% Ca gluconat i 0,2 cm^3 na kilogram wagi roztworu „stryphnon".

Jeśli żołądek zawiera duże ilości krwi, co wywołuje nudności i wymioty, zaleca autor koniecznie płukania wodą z lodem z dodatkiem adrenaliny.

Pierwszego dnia wskazanem jest zupełne niepodawanie pokarmu. Przy dużem pragnieniu i grożącej zapaści stosuje podskórnie, dożylnie lub per rectum wlewanki soli fizjologicznej z dodatkiem adrenaliny lub sympatolu. Drugiego dnia można podawać kawałeczki lodu, 5% cukier gronowy, mleko z lodem (podawane łyżeczkami) i kuleczki lodowe z masła (wysoka wartość koloryczna i obniżanie kwasoty). W następnych dniach lekkostrawna djeta wysokokaloryczna w małych ilościach często podawana z wyłączeniem substancji sokopędnych (wyciągi, mięso i t. p.). Wlewanki odżywcze nie są wskazane. Przelewanie krwi obcej jest niezawsze potrzebne. Nieodzowną rzeczą okazuje się tylko w krwawieniach nawrotowych przy pękniętych naczyniach z dużą niedokrwistością. Ratuje ono wtedy nawet życie zarówno przez zwiększenie ilościowe krwi krążącej, jak też przez własności tamujące. W tych przypadkach dobre wyniki daje powtórzenie przelewań przez szereg dni z rzędu. Szczególnie wskazanem jest zastosowanie przelewań w przypadkach, które mają zostać poddane zabiegowi.

Co się tyczy wskazań operacyjnych, autor stoi na stanowisku, że tylko przypadki, charakteryzujące się częstemi nawrotami, mimo leczenie zachowawcze, i bardzo wykrwawione mogą być poddane zabiegowi, celem znalezienia źródła krwawienia.

W końcu autor zaznacza, że obawa t. zw. anemji pooperacyjnej, zbliżonej do złośliwej, a mającej występować po resekcji żołądka, jest przesadzona. Przytacza wyniki kilkudziesięciu przypadków resekcyj z klinik chirurgicznych. Na tę liczbę wystąpiła anemja, cechami zbliżona do złośliwej, tylko w jednym przypadku.

Dr. M. Landesman.

M. R. CONTRERAS *Leczenie pląsawicy Sydenhama siarczanem magnezu.* (La Presse Médicale. Luty 1936 r. Nr. 12).

Praca niniejsza oparta jest na kilkuletniem doświadczeniu w stosowaniu siarczanu magnezu przy leczeniu pląsawicy Sydenhama.

Autor wprowadza ten środek domięśniowo, gdyż wstrzykiwanie wprost do kanału rdzeniowego jest trudne, bolesne i niebezpieczne ze względu na grożące poważne powikłania, a dożylne zastrzyki również przedstawiają u małych dzieci techniczne trudności:

Autor stosuje 25% roztwór siarczanu magnezu w wodzie destylowanej w zastrzykach domięśniowych co drugi dzień. Dawka dla dzieci od 1 roku do lat 5-ciu wynosi — 5 cm^3, dla dzieci starszych — 10 cm^3. Wstrzykiwać należy głęboko w pośladek, wskazany jest także po zastrzyku dłuższy masaż. W większości przypadków po 2 — 3 zastrzykach na-

stępuje znaczna poprawa: uspokojenie ruchów mimowolnych, zmniejszenie pobudliwości, dziecko zaczyna dobrze jeść, chodzić i t. d. Wyleczenie następuje średnio w ciągu 3 tygodni, czyli po 10-ciu zastrzykach, nieraz zachodzi jednak konieczność nieco dłuższego leczenia.

Siarczan magnezu wywołuje miejscową bolesność przy stosowaniu, pozatem nie daje żadnych objawów wtórnych.

Mechanizm działania siarczanu magnezu nie jest dotychczas wyjaśniony; autor sądzi iż środek ten wywiera jakiś swoisty wpływ na nieznany zarazek, wywołujący pląsawicę.

Dr. B. Szalita.

—— :o: ——

DITTRICH. *Leczenie oziębłin* (odmrożeń). Therapie d. Gegen. 1936 r.).

Odmrożenia polegają głównie na nieprawidłowej grze naczyń skórnych z następowym zostojem żylnym, a nawet skrzeplinami. Z klinicznych postaci na nazwę „perniones" zasługują: swędzące guzki na muszlach usznych, fjoletowo-czerwone przestrzenie na wyprostnej stronie ramienia (lichen pilaris), skóra marmurkowa kończyn i piersi u kobiet, obrzęki poduszkowate palców, nadmierne rogowacenia, pęcherze, plamy o barwie cynobru, nacieki niebieskawe i owrzodzenia.

Przyczyna oziębłin jest konstytucjonalna lub nabyta małowartościowość naczyń, która może być potęgowana przez wpływy hormonalne, toksyczne lub zakaźne.

Zasadniczo z objawów podpadają pod leczenie: świąd nieznośny, pękanie w cieple i tworzenie się owrzodzeń. Przedewszystkiem należałoby wpłynąć na konstytucjonalną słabość naczyń. Chinina, strychnina i strofantyna przez drażnienie centrum n. błędnego mają doprowadzić do równowagi zachwianą grę vasomotorów. Dobre wyniki ma dawać „padutin". U słabych osobników można zastosować preparaty arseno-żelazowe. Dotychczas nie stwierdzono żadnego dodatniego wpływu preparatów hormonalnych.

Pewne wyniki przypisuje się witamin-terapji. Z czynników kondycjonalnych należy wziąć pod uwagę ubiór (ciasne buty, pończochy, dekolt i t. p.).

Niebieskawe nacieki dadzą się usunąć już przez kilkudniowe leżenie w łóżku. Dobre wyniki dają kąpiele o zmiennej ciepłocie (+ 34°C — + 14°C) z dodatkiem ałunu, kal. permang. i t. p. jak również dziegciowe.

Autor zaleca również stosowanie ciepła w postaci djatermji.

Można również stosować preparaty histaminy w tabletkach do kąpieli lub bezpośrednio drogą jontoforezy. Masaże przeprowadza się z dodatkiem 2% maści salicylowej lub z ichtjolem, kamforą lub tigenolem. W początkowych okresach stosuje się miejscowo alkohol, a dla uniknięcia obrzęków wapniowe preparaty dożylnie. Owrzodzenia pokrywa się pastą Granugen lub maścią Mikulicza. W głębszych naciekach stosuje się promienie Roentgena

Kończąc, autor zaznacza, że najlepsze wyniki zapomocą tej względnie dużej ilości środków uzyskuje się tylko w wczesnym okresie lub stosując zapobiegawczo.

Dr. M. Landesman.

— — —:o:— — —

K. EHRHARDT I ALARICH HAGENA. *Dalsze badania nad hormonem ciałka żółtego.* (Endokrinologie, Nr. 16 H. 1 — 2 1935 r.).

Praca dotyczy głównie pochodnych ciałka żółtego, występujących w łożysku ludzkiem w wyciągach z moczu ludzkiego i zwierzęcego i występujących w świecie zwierzęcym Również Agomensina i Sistomensina była w tym kierunku wypróbowana. Wyniki były następujące.

W pierwszej serji podawano Agomensinę i Sistomensinę w niewielkich ilościach królikom niedojrzałym uprzednio przygotowanym hormonem folikuliny. Wyniki przeważnie były ujemne. W drugiej serji podawano większe dawki (do 30 cm^3. Sistomensiny na królika). W kilku przypadkach otrzymano wyniki słabo dodatnie. Zupełnych zmian gruczołowych śluzówki w żadnym wypadku nie obserwowano. To dowiodło, że Sistomensina zawiera niewiele hormonu ciałka żółtego. Badania F. Miranda, który używał dużych dawek (25 gr.), wykazały zupełne zmiany gruczołowe śluzówki macicy. Następnie wykonano cały szereg badań z męskim hormonem płciowym. Wstrzykiwano niedojrzałym królikom, uprzednio przygotowanym folikuliną, codziennie 1 cm^3. Erugonu i 2 cm^3. Agomensiny, ogółem 5 cm^3. Erugenu i 10 cm^3. Agomensiny. Badania histologiczne wykazały zupełną przemianę gruczołową śluzówki macicy. To potwierdza pogląd, który panuje w literaturze, że męski hormon płciowy i hormon ciałka żółtego wywołują identyczne działanie biologiczne.

Dr. Med. *F. Mikulska.*

— — —:o:— — —

BROT. *O patogenezie płonicy i jej zastosowaniu w terapji.* (Deutsche Med. Woch. 1935 r.).

Stosują trzy teorje tyczące się etjologji płonicy. 1) uczuleniowa, 2) virus i 3) paciorkowcowa. Teorja uczuleniowa podkreśla kilkakrotne infekcje organizmu przez paciorkowce, co wreszcie prowadzi do allergji, której wyrazem jest płonica. Zwolennicy drugiego poglądu uważają, że nieznany „virus" toruje drogę paciorkowcom. Dick, twórca teorji trzeciej wyodrębnia specjalny szczep paciorkowca o dużej toksyczności.

Pogląd autora przedstawia się następująco :przy zakażeniu się, organizm zostaje zaatakowany przez paciorkowiec hemolityczny, oraz przez nieznane „agens" w skład którego wchodzi prawdopodobnie białko obce.

Białko to wywołuje odczyn w formie anafilaksji. Na tak zmieniony organizm paciorkowiec, który w innym wypadku wywołałby jedynie anginę lub różę, działa o wiele silniej, wywołuje walkę ustroju na wszystkich frontach, a zarazem pozostawiając odporność.

Autor, opierając się na wyżej przytoczonych poglądach, rozpoczął leczenie płonicy nie walką z zarazkiem, lecz z allergją ustroju, która w tak gwałtowny sposób osłabiała jego odporność.

Chorzy otrzymywali preparaty wapnia, efetoniny, a dla zwalczenia jadu ,który już wtargnął do organizmu, surowicę przeciwpaciorkowcową.

Wyniki przewyższały oczekiwania. Chorzy natychmiast lub po paru dniach odczuli kolosalne polepszenie, krzywa ciepłoty spadła, tętno doszło do normy. Ilość białych ciałek z 20000 spadła do 5000 — 6000 w ciągu 24 godzin. Eosynofilja, która występuje zwykle 5-go dnia nie stwierdzała się. Przesunięcie obrazu Arnetha na lewo doszło do normalnych stosunków. Należy podkreślić, że nigdy nie stwierdzano żadnych powikłań, jak również w żadnym przypadku nie zauważono łuszczenia się. Z danych tych wynikałoby, że zachodziła przy tym sposobie leczenia możliwość przerywania płonicy, w znaczeniu klinicznem i socjalnem wprost rewolucyjnem.

Dr. M. Landesman.

DZIAŁ SPOŁECZNO-LEKARSKI.

INSTYTUT SPRAW SPOŁECZNYCH.

Komunikat informacyjny Nr. 39, luty 1936 r.

OCHRONA OCZU PRZY PRACY.

Ochrona narządu wzroku przed urazami i chorobami w czasie pracy jest jednem z ważnych zagadnień higjeny i bezpieczeństwa pracy.

Oko jest bowiem narządem, bez którego człowiek przy pracy obejść się nie może, a złe funkcjonowanie tego narządu naraża robotnika na nieszczęśliwe wypadki i kalectwo.

Prof. dr. Melanowski, w interesującej pracy p. t. „Zmniejszenie zdolności do pracy pod wpływem chorób oczu“, zamieszczonej w ostatnim zeszycie czasopisma „Sprawy lekarskie“, zwraca szczególną uwagę na 2 grupy zawodów: te, które w znacznym stopniu narażają narząd wzroku, oraz te, które wymagają szczególnej sprawności tego narządu.

Do najbardziej niebezpiecznych zawodów pod względem narażania oka należy w Polsce górnictwo, w które 2,2‰ zatrudnionych ulega urazowi oka, dalej hutnictwo i kamieniołomy (1,6%) i przemysł budowlany (1,4‰). Dość duży odsetek urazów oczu daje również przemysł drzewny, oraz komunikacja i transport.

Wśród zawodów, wymagających znacznej sprawności narządu wzroku, należy wymienić — poza pracą umysłową, o typie czysto wzrokowem — przemysł poligraficzny i konfekcyjny, oraz przemysł chemiczny i górniczy, gdzie narząd wzroku bierze bardzo czynny udział w pracy, bądź też ma duże znaczenie dla bezpieczeństwa pracy.

Następnie prof. Melanowski omawia poszczególne schorzenia oczne, wskazując w jakim stopniu ograniczają one zdolność człowieka do pracy i mogą narazić na poważne niebezpieczeństwo nietylko jego samego, lecz i otoczenie. W wielu wypadkach upośledzenie wzroku nie zostaje przez robotnika zauważone, o czem świadczy fakt, że do okulisty zgłaszają się nieraz pacjenci z prośbą o szkła, wówczas gdy lekarz stwierdza już u nich ślepotę jednego oka. Często też dopiero wypadek lub katastrofa skierowuje robotnika do okulisty.

W związku z tem nasuwają się następujące postulaty praktyczne:

1. W tych gałęziach przemysłu, które narażają narząd wzroku na urazy, należy chronić oczy zapomocą okularów ochronnych i dołożyć starań, aby robotnik miał zapewnioną w razie wypadku, szybką i fachową pomoc.

2. W tych natomiast gałęziach przemysłu, które wymagają dużej sprawności oka, bądź też tam gdzie od dobrego wzroku zależy bezpieczeństwo ludzkie, należy dobierać ludzi zbadanych uprzednio przez okulistę i stworzyć im możliwie najlepsze warunki pracy wzrokowej (dobre oświetlenie).

———:o:———

W Nr. 3 Dziennika Urzędowego Izb Lekarskich znajduje się następujący komunikat Naczelnej Izby Lekarskiej:

1. Zapisywanie środków odurzających przez lekarzy.

„Ministerstwo Sprawiedliwości — Warszawa, dnia 24 lutego 1936 r.

Nr. N. P. 529/36
W sprawie przestrzegania przez lekarzy przepisów i zapisywania narkotyków.

Do
Naczelnej Izby Lekarskiej
w miejscu.

W toku spraw karnych przeciwko lekarzom, oskarżonym z art. 244 kodeksu karnego o zapisywanie narkotyków w dawkach nadmiernych bez dostatecznych wskazań leczniczych, władze sądowe stwierdziły niejednokrotnie, że wielu lekarzy nie zna zupełnie przepisów, obowiązujących w tej dziedzinie, w szczególności zaś nie zna treści § 10 punkt 3 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 stycznia 1934 r. (Dz. U. Nr. 11, poz. 96). Ustalono również, że nawet ci lekarze, którzy przepis powyższy znają, interpretują go często w sposób błędny, uważając, że pozwala on na zapisywanie w jednej recepcie 10-krotnej dawki jednorazowej; inni wreszcie nie stosują się do przepisu tego przez zwykłą lekkomyślność. W ogólności znaczna liczba lekarzy nie przestrzega wspomnianego przepisu, zapisując bezprawnie narkotyki w dawkach wygórowanych; nie odnosi się to oczywiście, do przypadków szczególnych (rakowaci i t. p.).

Stan powyższy prowadzić musi do wytaczania lekarzom coraz częściej spraw karnych z art. 244 k. k., niestety zupełnie drobnych, co jest zjawiskiem wysoce niepożądanem, a pociąga za sobą z jednej strony obniżenie powagi stanu lekarskiego, z drugiej zaś zbytnie obciążenie sądów.

Wobec tego Ministerstwo Sprawiedliwości prosi Naczelną Izbę Lekarską o wydanie zarządzeń, zmierzających a) do zapoznania ogółu lekarzy z dokładną treścią wspomnianych przepisów i ich właściwą interpretacją oraz b) do ich ścisłego przestrzegania przez sfery lekarskie.

Za Ministra:

(—) Siewierski

P. o. Prokuratora Sądu Najwyższego.

W związku z powyższem, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej podaje do wiadomości tekst art. 10 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 stycznia 1934 r. (Dz. U. R. P. Nr. 11, poz. 96):

„§ 10: 1) przepisy o wydawaniu z aptek środków lekarskich, jak również przepisy o detalicznej sprzedaży substancyj i przetworów odurzających, stosują się również i do lekarzy w części, normującej sposób wystawiania recept.

2) Na receptach na środki silnie działające lub odurzające dla dzieci należy ponadto wskazywać wiek dziecka.

3) Środki odurzające mogą być przez lekarzy zapisywane tylko w formie i dawkach lekarskich, przeznaczonych do bezpośredniego zużycia przez chorego, oraz w ilości nieprzekraczającej dziesięciokrotnej najwyższej dawki lekarskiej.

4) Lekarze mogą zapisywać jedynie środki lecznicze, które są dopuszczone do obrotu w kraju.“

Nowy
przeciwbólowy i przeciwgorączkowy środek

LUMBAGOL-AGE

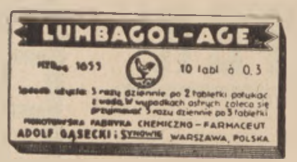
(Nr. reg. 1655)

Wapniowe połączenie kwasu phenylocinchoninowego z chininianem piperaziny i kwasem acetylo-salicylowym.

LUMBAGOL AGE jest energicznym **rozpuszczalnikiem** kwasu moczowego i soli jego moczanów, oraz wybitnym środkiem **moczopędnym.**

LUMBAGOL AGE działa skutecznie w przypadkach, w których inne środki zawodzą.

LUMBAGOL AGE nie posiada żadnego ubocznego działania, nawet przy dłuższem stosowaniu.



Wskazania: Lumbago, ischias, reumatyzm, artretyzm, bóle stawowe, kostne i neuralgiczne, piasek i kamica nerkowa, grypa, przeziębienia, zła przemiana materji i t. p.

Stosowanie: 3 razy dziennie po 2—3 tabletki (lepiej pokruszone), po jedzeniu. **Cena detaliczna zł. 2.—**

Próby na żądanie WPP. Lekarzy wysyła bezpłatnie:

ADOLF GĄSECKI i S-wie, Mokotowska Fabryka Chem. Farm. w Warszawie, Belgijska 7.

PRODUKT KRAJOWY

COLCHURECIN

(tabletka zawiera 1 g. Uricediny i 0,0005 Colchicyny).

ZNAKOMITY ŚRODEK DORAŹNIE UŚMIERZAJĄCY BÓLE PRZY OSTRYCH NAPADACH:

DNY
GOŚĆCA
LUMBAGO
RWY KULSZOWEJ

Dawkowanie: 2—3 razy dziennie po 1—2 tabletek, rozpuszczonych w 1/2 szklance wody.

Opakowanie oryginalne: Rurka zewiera 15 tabletek à 1 g.

Próby i piśmiennictwo wysyłają na żądanie PP. Lekarzy:

Zakłady Przemysłowe Chemiczno-Farmaceutyczne

„PROTON" Warszawa, Św. Stanisława 9-11